

介護予防支援業務に係る
重点化・効率化に関する事例

目次

要介護認定	事例 1. 要介護認定申請窓口で介護予防の説明をしている事例
利用申込受付	事例 2. 要支援認定更新の場合に契約を自動更新している事例
契約締結	事例 3. 直営の地域包括支援センターにて、新規の要支援認定申請者について、要支援認定の訪問調査と連携している事例
情報収集・アセスメント	事例 4. 要介護認定申請時に認定調査票、主治医意見書等を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者に開示する同意を得ている事例
介護予防サービス計画書作成	事例 5. 介護予防サービス・支援計画において、優先すべき「課題」に絞って計画作成した事例
サービス担当者会議	事例 6. サービス担当者会議の開催上の工夫事例
評価	事例 7. 評価しやすい目標の事例
給付管理	事例 8. 共同事務処理システムにより事務負担を軽減している事例

事例 1. 要介護認定申請窓口で介護予防の説明をしている事例

課題：利用者に対して、介護予防の理念や制度改正の趣旨、サービス利用料の定額制化、これまでの担当ケアマネジャーからの変更の必要性などについて、地域包括支援センターから説明するのに時間を要している。

- 要介護認定の申請受付窓口にて、介護予防の理念や制度改正の趣旨、サービス利用料が定額であることなどについて、行政職員から説明している。
- 特に、軽度と思われる利用者については、申請時点から介護予防の理念を説明することにより、実際に要支援認定がおりた場合、地域包括支援センターからの説明への理解が得られやすくなっている。

事例 2. 要支援認定更新の場合に契約を自動更新している事例

課題：要支援認定更新の度に利用者と契約締結を行っており、その度に契約書説明・捺印等の事務の負担が大きい。

- 利用者との契約締結において、要支援認定更新の場合には、契約を自動更新できる文面を用いている。

(契約期間)

第 2 条 この契約の契約期間は、平成 年 月 日から利用者の要支援認定の有効期間満了日までとします。

2 契約期間満了日の 30 日前までに、利用者から更新拒絶の申し出が無い場合は、契約は更新されるものとします。

事例3. 直営の地域包括支援センターにて、新規の要支援認定申請者について、要支援認定の訪問調査と連携している事例

課題：利用者の基本情報の聴取及びアセスメントを行い、介護予防サービス計画書を作成するまでの間に何度も利用者の訪問が必要となり、時間がかかっている。

- 要支援認定の申請受付窓口を直営の地域包括支援センターに設置している自治体の場合、地域包括支援センターの職員が認定申請を受け付けている。
- 要支援者に該当する可能性が高い利用者については、地域包括支援センター職員が要支援認定の訪問調査のために利用者宅を訪問する。この際、認定調査をすると同時に、利用者の状況のアセスメント及び意向の把握も行うことができる。
- 認定結果が出るまでに、ニーズ分析・目標設定・介護予防サービス計画書原案を作成し、要支援認定が出た段階で、原案を提示する。この方法により、認定調査を含めて2回の訪問でサービス開始が可能になっている。
- このように、認定調査と介護予防ケアマネジメントを連携して実施することにより、情報収集の効率化を図ることができ、認定申請からサービス開始までの時間短縮にもつながり、利用者の負担も軽減できる。

事例 4. 要介護認定申請時に認定調査票、主治医意見書等を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者に開示する同意を得ている事例

課題：認定調査票や主治医意見書について、利用者からの利用申込があった時点で行政に情報開示請求を行い、情報を入手するため、利用申込から情報入手までに時間と手間がかかり、業務負担が大きいとともにタイムリーな支援に支障をきたしている。

(自治体A)

- 要介護認定申請において、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、主治医等に提示することについての包括的な同意を得るため、要介護認定申請書に本人同意欄を設けて同意を得ている。
- これにより、地域包括支援センターに利用者からの利用申込があった場合に、地域包括支援センター（直営）担当者は個人設定のパスワードなどの安全管理の下で必要な情報を閲覧できる仕組みとなっている。

「要介護認定・要支援認定 申請書」上の記載例

介護（介護予防）サービス計画の計画および介護（介護予防）サービス利用時（健康状態の把握）に必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を〇〇市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、ほか介護サービス事業者の関係人、主治医意見書を作成した医師に提示することに同意します。

同意しない場合は、右の□にレをしてください。

同意しない

(自治体B)

- 上記(自治体A)と同様に、要介護認定・要支援認定申請書に本人同意欄を設けて同意を得ている。

「要介護認定・要支援認定 申請書」上の記載例

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するため必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかわる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、入居型の居宅サービス事業者、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

本人氏名

- さらに、地域包括支援センター(委託)が、地域の高齢者及びその家族等を総合的に支援する身近な窓口として総合相談業務や介護保険業務等を円滑に行えるよう、高齢者の情報を閲覧可能にするため、市の情報公開・個人情報保護審議会にこれに係る個人情報の保護措置を諮問し、認められた上で実施している。

**事例5. 介護予防サービス・支援計画において、優先すべき「課題」
に絞って計画作成した事例**

課題：・介護予防サービス計画書は、左から右に順を追って作成していくことにより、思考展開に役立つように作成されているが、各欄を詳細に記載するのに時間がかかり、業務負担が大きい。
・利用者が「介護予防」の理念を理解できず、目標や計画について利用者の合意を得るのに時間がかかる。

- 介護予防サービス・支援計画は、当然のことながら計画表を埋めることが目的ではない。
- 計画表の様式例は必要最低限の内容を示しているものであり、いずれの項目も重要である。計画表の様式を左から順に書き進めることによって、介護予防ケアマネジメントをステップバイステップで展開できるようになっており、また後からその思考過程を追うことができる様式となっている。
- こうした基本的事項を踏まえつつ、十分なアセスメントを行った上で、3ヶ月や6ヶ月といった短期間で優先すべき課題は何かを厳選し、その優先すべき課題に絞って目標設定し（1つの場合もある）、支援計画を作成する。
- 課題を厳選し、目標を絞ることによって、提案された本人も納得し、合意が得られやすく、取り組む意欲にもつながっている。また、業務の効率化も図られる。
- 以下に優先すべき課題に絞って作成された介護予防サービス・支援計画の事例を2つ紹介する。なおこれらの事例は、どのような視点で課題や目標を絞り込み、計画を作成すればよいかを解説するためにお示しするものであり、事例検討を意図したものではないことをご留意いただきたい。

事例Aの概要;初回計画 介護予防通所リハビリにて「運動プログラム」を3ヶ月間実施

パーキンソン病を患っており、歩行障害があり、布団からの立ち上がり・衣類の着脱等に妻の介助を受けている。最近、妻や友人の励ましにより勇気をもらい、絵画教室等に通い始め、生活を楽しむ始めたことで、今までの生活を振り返る余裕が生まれた。そこで自分にあったリハビリ等を始めることで、衣類の着脱等時間がかかってもできることがあるのではないかと意欲を持ち、リハビリ目的で今回初めて介護保険の申請を行った。計画作成者は、7年間の病歴において、特有の症状を有しているものの病態が安定していることをポジティブに捉え、3ヶ月の中で達成可能と考えられる目標を建てて、支援をおこなっている。

事例Bの概要;継続利用者 介護予防通所リハビリにて「運動プログラム」を3ヶ月間実施

3ヶ月間で状態の改善が見られ、認定有効期間を2ヶ月残した中で、認定を更新する手続きを行なう一方で、一旦サービスを終了し、次は利用者本人が支援する立場としてボランティア等でデイケアサービスに参加できるかを検討する期間として、1ヶ月間の評価期間を設定し、事業所の協力を得ながら実現できるかどうかを考えている。

計画作成者は、ボランティア等での参加を断念した場合の支援方針等についても考えているが、この段階ではあえてそのことをご本人にはっきりとは伝えていない。しばらく本人の様子をサービス提供事業所のスタッフや家族と共に見守りながら、状況の変化に合わせて、ご本人とまた今後のことを含めて話をし、例えば更新手続きを勧める、あるいは地域支援事業等を勧める等、状況変化に対応できるよう、モニタリングを適切に行なっていく。

(注)この事例は、どのような視点で課題や目標を絞り込み、計画を作成すればよいかを解説するためにお示しするものであり、事例検討を意図したものではない。

事例A

介護予防サービス・支援計画書(1)

No. _____ 利用者名 _____ 様 _____ 切回>紹介・継続 _____ 認定済・申請中 _____ 要支援<要介護> _____ 地域支援事業 _____

計画作成者氏名 _____ 委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日) 年 月 日 _____

担当地域包括支援センター: _____ 認定年月日 平成 年 月 日 _____ 認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
<p>運動・移動について</p> <p>歩行時つんのめる感じがあり、スムーズに足が前にでないことが増えているが、頑張っ歩いて歩かようしている。布団からの立ち上がりも困難で妻が手伝ってくれている。</p>	<p>本人:妻や友人の励ましで勇氣をもらい、リハビリを始めようかと考えています。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>病気の状態から、歩き始めの歩がスムーズにでないこともあるが、意識して外に出るようにしている。自分にあったリハビリの方法があれば、やってみようという意欲を持っている。</p>	<p>1. よくなりたいたいという意欲を大切にしながら、無理のない範囲で体を動かし、1つでもできることを増やしていく</p>	<p>1. 時間がかかっても洋服の着替えを行えるようになる。</p>	<p>1. (本人) ①②提案どおり</p>
<p>日常生活(家庭生活)について</p> <p>洋服の着替えは時間がかかるので、妻が手伝ってくれている。家事はほとんど妻が担ってくれているので助かっている。</p>	<p>本人:洋服の着替えを手伝ってもらうことを当たり前のようになっているが、最近時間がかかっても自分でやりたいと思えるようになりました。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>自分にあったリハビリを行うことで、洋服の脱ぎ着など、できることが増えるのではないかと考えている</p>	<p>改善したいという意欲を保つには、取組に対する動機付けや小さな成功体験が次のステップにつながる。表現は少し抽象的ではあるが、疾病の特徴から日内変動等も考えられるため、無理のない範囲で体を動かしていきながら、動作性の改善を図り、1つでもできることを増やしていくことを意識してもらうよう、総合的課題とした。</p>	<p>本人 ①介護予防通所リハビリ「運動器の機能向上」に参加する。 ②脱ぎ着しやすい洋服を選ぶ</p>	<p>面接の場面で本人の身体状況を確認したところ、衣服の着脱は少しリハビリを行うことで可能になるのではないかと考えた。3ヶ月間という評価期間を想定していたこともあり、その中で優先的に取り組むこととして、小さな成功体験を次のステップとするためにも、自分でやりたいという思いを大切に、目標にあげた。</p>
<p>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</p> <p>転んだりしないかと不安に思うこともあるが、月に2回絵画教室に通うようになったことで楽しみが増えた。</p>	<p>本人:教室で出会う人々との会話も楽しいし、家において絵を描いている時も心が穏やかになれるので、毎日が楽しめるようになりました。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p> <p>社会参加に関しては、転倒に対する不安があるものの、趣味を見出し外出を図っている本人の気持ちをプラスととらえ、領域における課題は「無」とした。</p>	<p>絵画教室に通うようになり、外に目が向くようになった本人が、絵を描き続けたいという思いが強まるにつれ、妻の手を借りずに、できることを増やしていきたいと考えるようになったことをとらえている。</p>	<p>目標が達成しやすいように、着脱しやすい衣類の選定等、家庭内においてできる工夫を提案した。</p>	<p>医師連絡済みの内容等の添付や医療面での確認事項を記載した。</p>
<p>健康管理について</p> <p>パーキンソン病(平成11年~)があり、遠方の〇病院に月に1回、定期的に通い、薬を飲んでいる。先生からも病気の状態が落ち着いていると言われている。</p>	<p>本人:病院に行くときは、T付近までは妹が車で送ってくれるため、とても助かっています。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p> <p>健康管理の部分は、定期通院・内服加療が行えており、病態としては安定していることから、課題は「無」とした。病気の特徴を踏まえると、病状悪化の危険性が有るということを課題に挙げておきたくなるが、長く病態が安定していることをプラスに捉えている。</p>			

運動不足	栄養状態	口腔ケア	褥しこみ予防	褥しこみ予防	褥しこみ予防
5/5	0/2	1/3	2/2	2/3	3/5

健康状態について
主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点
 セルフケアで体調管理しながら、リハビリができる介護予防通所リハビリを選定。運動量や留意事項等別紙参照(医師連絡済み)

介護予防サービス・支援計画書(2)

No. _____ 利用者氏名 _____

体調を整えるためにも薬の飲み忘れがないようにすることを本人が目標にあげたため、そのことを大切にしました。

1年後の目標に関して、「友人と共に電車に乗って美術館に行く」とか「絵画教室に継続して通い、風景画を仕上げる」など具体的な提案もしてみたが、ご本人にとっては「普通に寝起きができて歩くことができる」ということができれば、絵画以外にも楽しみを見出すことができるのではないかとこの思いが強く、以下の目標(1年後の目標)となった。1年後の目標は、支援経過の中で変わっていくことも考えられるため、本人の気持ちを優先した。

目標とする生活

1日 薬を飲み忘れないようにする

1年 普通に寝起きができて歩くことができる

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
提案どおり	<p>・洋服の着替えという行為も、生活の中における「リハビリ」になっているということを伝えていく。</p> <p>衣類の着脱そのものが、バランス能力や柔軟性等の身体機能が関連していること。すなわちこの行為自体が、実は生活リハビリの一つなのだということをしっかりと伝えていくことで、更なる意識付けができるものと考え支援のポイントにあげた</p>	<p>本人：①介護予防通所介護が継続できるよう体調を整える</p> <p>②デイサービスで習った体操等を自宅でも行う</p> <p>家族：①自分でやってみたいという本人の気持ちを支えていく</p>	<p>運動器のプログラムを選択し、下肢筋力・バランス能力の向上を図ることや自宅でできる運動等を紹介する</p>	1. 介護予防通所リハビリ「運動器の機能向上」	k 事業所	①3ヶ月 平成 年 月 日 ～ 年 月 日
	<p>現在、病態が安定しているものの、病気の特性から状態変化が起こる可能性は否定できない。症状の現れ方によっては、計画通りに進まないことも考えられるため、そのあたりの理解を促しながら、取り組んでいくことができるよう支援していくことを考えた。</p>					

総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント

病気の特徴から計画通りにリハビリが進んでいかないことがあったとしても、焦らずに1つ1つ丁寧に取り組んでいきましょう。

計画に関する同意

上記について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名

印

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

(注)この事例は、どのような視点で課題や目標を絞り込み、計画を作成すればよいかを解説するためにお示しするものであり、事例検討を意図したのではない。

事例B

介護予防サービス・支援計画書(1)

No. _____ 利用者名 B 様 初回・紹介(経緯) _____ 認定済・申請中 _____ 要支援(要介護) _____ 地域支援事業 _____

計画作成者氏名 _____ 委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日) 年 月 日

担当地域包括支援センター _____ 認定年月日 平成 年 月 日 認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
<p>運動・移動について</p> <p>布団からの立ち上がりができるようになった。また、歩く時の前につんのめる感じがなくなり、転ばないかと不安だった外出にも自信がもてるようになってきた。</p>	<p>本人：デイサービスに3ヶ月通い運動を行ったおかげで、布団からの立ち上がりが一人でできるようになったことは成果です。 家族：こんなによくなるなんて思わなかったので驚いています。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p> <p>プログラムに参加しながら、ボランティア等の動きを観察し、自分自身で何が出来るかをスタッフと共に考えていくことが大切であることをあげ、自分自身の中に起きている様々な葛藤を整理することが必要だという理解を促した。</p>	<p>1. 運動器のプログラムに参加する中で、今後「ボランティア」として参加できる部分があるかどうかをスタッフと共に考えていく必要がある。</p>	<p>1.(目標) ボランティアとしてデイケアサービスに参加できるかを考える ①介護予防通所介護「運動器機能向上」を利用し、バランス能力の向上とあわせ、今後ボランティア活動について現実化できるかをデイに参加しながら考える ②調子が良いときは、散歩や体操・運動量を増やすことを実践する</p>	<p>1.①については、この1ヶ月間でしっかりと考えたいので、有効にこの期間を活用したいと思います。 ②については、提案とおり</p> <p>自分自身の気持ちの整理ができれば、自己決定もできるだろうと考え、左記のような目標を提案した。</p> <p>一見目標とは、無関係のように見えるが、本人が社会参加を考える上で、体力があることや安定した歩行ができることは大きな自信につながるため、日々の努力を惜しまないようにするよう提案した。</p>
<p>日常生活(家庭生活)について</p> <p>衣類の着替えは時間をかけ、自分で行えるようになり、長年、妻任せだった家事も一部(掃除・洗濯干し)を担うようになった。</p>	<p>本人：洗濯物を干したり、掃除をすることもバランス能力の向上など、体にいいことを知り、やる気になった。 家族：本人が洗濯や掃除を手伝ってくれるようになったことがとても嬉しい</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p>			
<p>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</p> <p>デイケアでのボランティアスタッフと親しくなり、障害者でボランティアをしている人に刺激を受け頑張れた。現在、スタッフからボランティアを目標に頑張ろうと励まされている。</p>	<p>本人：デイサービスを終了し、次はデイでのボランティア活動にとスタッフやボランティアの方々に誘ってもらっているけれど、不安である。 家族：本人の意志に任せます。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>ボランティアをやってみたいという気持ちとまだサービス利用する立場でいたい思いの中で揺れ動いている。</p> <p>誘ってもらってはいるものの、ボランティアとして具体的に何が出来るかもわからないため、足手まといになるのではという不安と、何かできるのではないかと期待とや、もう少し受け身でいたいと考えるなど、様々な葛藤がある部分を取りあげた。自分自身の気持ちを整理することが大切だという本人自身のメッセージでもある</p>			
<p>健康管理について</p> <p>〇病院には、妹に送ってもらい続けて通っている。薬の種類も変わらず、先生も調子が良いといっている。</p>	<p>本人：このままの状態が続いてほしい</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p>			

	歩行	食事	口腔内	認知	排泄	褥瘡
歩行能力 または 地域生活 能力	1/5	0/2	0/3	1/2	0/3	0/5

健康状態について

主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

病状が安定していることから、内服薬の変更もありません。引き続き、焦らず生活の中で取り組めるリハビリを続けていってほしいと思います。

介護予防サービス・支援計画書(2)

No. _____ 利用者氏名 _____ B _____ 様

目標とする生活

1日 掃除や洗濯物干しを日課にする 1年 友人と電車に乗って美術館に行く

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
1. 1ヶ月間で、「ボランティア活動始める」かについての方向性を出すことができる	<p>・デイサービス等の協力を得て、本人が出来る範囲でのボランティア活動を具体的に提案してもらえらるよう伝える</p> <p>本人が最終的にボランティア活動始めるかについて、自己決定できるように、具体的に取組めそうな内容をB氏の状況をよく知っているスタッフからいくつか提案してもらえらるよう依頼してみた結果一合意が得られたため、そのことを記載した。</p>	<p>本人： ・体の調子に合わせて、デイケアで学んだ体操や散歩を行なう。地域で開催している体操教室に週に2回通う 家族：ご主人と共に体操や散歩を行う</p>	<p>①バランス能力アップを更に図る。また、1ヶ月間の間に利用者から支援者（ボランティア）への移行を目指し、その役割を共に見出していく ②地域支援事業（一般高齢者施策）</p> <p>若く元気なボランティアと同様のことができないならば、ボランティアではないという考えではなく、病気を抱えながらもできることをお手伝いいただくことが、他の利用者への励みになると言う事業所側の考えをありがたく受け止め、利用者側～支援者側へと移行できるかどうかを本人と共に見出していくことをあげた。</p>	<p>①介護予防通所リハビリ（運動器の機能向上プログラム） ②〇〇体操教室</p> <p>インフォーマルな資源のサロン等には、関心を示されなかったため、市が実施している一般高齢者向けの体操教室を紹介。坐ったまま行う体操なので、十分参加ができると判断。本人も見学して参加意欲を高めている</p>	<p>①K事業所 ②市</p>	<p>①1ヶ月 ②6か月（月に2回）</p>

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

意識して外を歩く、エレベーターを使わずに階段を上る等の日々の取り組みを今までとおり大切にしていきたい。また家事などへの新しい挑戦も始まっており、活動量がかなり増えています。今後はデイケアサービス等で支援者側に戻るボランティアでの参加等を目指すなど、新たな活動の場を見出していけるよう、共に頑張っていきたい。

計画に関する同意

上記について、同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ A _____ 印

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

事例6. サービス担当者会議の開催上の工夫事例

課題：サービス担当者会議は、原則として「ケアプラン作成時・変更時」とされているが、実際には関係者の日程調整が困難で開催できていない、あるいは、開催した場合でも、時間が長引き、参加者の負担が大きい。

- サービス担当者会議の開催場所は、本人や提供サービス事業者と日程を合わせやすい場所で開催している。例えば、介護予防通所介護の利用者の場合は介護予防通所介護事業所で、介護予防訪問介護利用者は自宅で、主治医が出席できる場合は主治医の医療機関で開催するなど工夫している。
- サービス担当者会議では、目標や支援内容を共有することが大切であり、単にサービスの日程調整をする場ではない。サービス担当者会議を効率的に進める工夫のひとつとして、事例に応じて検討内容を事前に整理し、計画作成者やサービス提供事業者からのモニタリングや実績報告を用いて、事前に評価表と修正後の介護予防計画書案を作成し、会議に臨んでいる。会議の場での意見により計画の修正が必要な場合は、後日郵送し確認している。

事例7. 評価しやすい目標の事例

課題：最初に設定した目標があいまいであるために、評価の時期を越えても、目標達成の有無を判断できない。

- 実際に、介護予防サービス計画書の「目標」欄に書かれていた項目を分析すると、目標達成の判断がしやすいものと、判断がしにくいものがある。目標達成の有無を判断できる「目標」とは、より具体的に分かりやすく、実際の行動として確認できるものがよい。

	介護予防ケアプランの目標 抜粋	目標達成の有無を判断できる状況
達成の判断がしやすい	自宅内で転倒しないように安全にすごせる。	転倒せず生活できた。
	転倒のないように気をつけて外出する	外出時、転倒しなかった。
	体調に合わせて散歩する回数を週2回以上に増やす	おおよそ週3回、散歩した。
	1日一回外出を心がけ、食事がおいしくたべられようにする。	毎日少しでも外出することができ、食欲も少しだが出てきた。
	体調に合わせてヘルパーと一緒に掃除を行う	体調がいい時は、腰を曲げないで出来る範囲の掃除機をかけている。

	介護予防ケアプランの目標 抜粋	目標達成の有無を判断しにくい理由
達成の判断が難しい	体調管理。身体状況の安定。健康維持。	どのように体調管理するのか、何を目標しているのか具体的にわからないので、評価ができない。
	身体に負担にならない程度の家事は自分でする。腰に負担のない家事。	身体に負担にならない程度とはどんな程度か不明。そのため評価ができない。
	体力低下、下肢筋力低下の予防。	具体的にどんな身体状況、活動状況ができていれば予防になるのか、目指すものが不明。
	他者と交流する。地域と交流する。地域への参加。	他者とは、家族、地域の人、サービス提供者など、具体的に誰とどのような交流であればいいのか不明。
	バランスのとれた食事をする。栄養バランスのよい食事摂取。バランスのよい食生活を送る。	バランスの取れた食事とは？具体的にどのような状況になれば評価できるのか？